

ການອະນຸມັດຫັນດີຕໍ່ຂົງກເວັນໃນການອຸ້ນຊຸຄອບຄົວ
FAMILY SUPPORT EXCEPTION APPROVAL

ຮ່ອງຈຸກສໍາວນ	ເລກສໍາວນ DDD	ວັນທີ			
ຖານະການອຸ້ນຊຸຄອບຄົວ					
<p>ທ່ານໄດ້ຮັບອະນຸມັດໃຫ້ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອການອຸ້ນຊຸຄອບຄົວເພີ່ມອີກ ຈຳນວນ: \$ <input type="checkbox"/> ໃຫ້ງວດຽວໄລດ <input type="checkbox"/> ໃຫ້ເປັນຮາບເດືອນ ໄລຍະຂອງການອະນຸມັກ (ບໍ່ໃຫ້ເກີນ 60 ມື້ ຫລືສອງເດືອນ): ເລີ່ມແຕ່ <input type="checkbox"/> ສັນສຸດໃນນີ້</p>					
ຜູ້ຈັດການສໍາວນ/ແຫ່ງສໍາວນ	ເລກໂທຮະສັບ	ບ່ອນຢູ່ທາງອິເມັລ			
ສິດທິຕ່າງໆຂອງທ່ານໃນການຊຸຫອນ					
<p>ທ່ານມີເວລາຢູ່ເກົ້າສີບ (90) ມື້ ຫລືຈາກການໄດ້ຮັບຈົດໝາຍແຈ້ງການສະບັບນີ້ ເພື່ອຂໍການຝັງເຮືອງກັບອຳນາດການປົກຄອງຝັງເຮືອງເພື່ອຊຸຫອນຕໍ່ການປະຕິບັດການນັ້ນ.</p> <p><input type="checkbox"/> ທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ຈ່າຍເງິນໃຫ້ໄດ້ພະແນກ DDD ແລະຢາກສີບຕໍ່ຮັບເອົາໃນໄລຍະການຝັງເຮືອງນີ້. ທ່ານຕ້ອງປະກອບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານຕໍ່ອຳນາດການປົກຄອງຝັງເຮືອງພາຍໃນວັນທີ: _____.</p> <ul style="list-style-type: none"> ຖ້າທ່ານເລືອກສີບຕໍ່ຮັບເອົາການບໍລິການທີ່ຈ່າຍເງິນນີ້ ແລະພິນການຕັດສິນບັນຫາຍຊ້າພັດແມ່ນຝ່າຍອຳນາດການປົກຄອງເປັນຜູ້ຊະນະ, ທ່ານຕ້ອງເປັນຜູ້ຮັບຜິດຊອບຈ່າຍເງິນຄືນໄປຈິນຕຶງກໍານົດ 60 ມື້. ຖ້າທ່ານບໍ່ຢາກສີບຕໍ່ຮັບເອົາການບໍລິການທີ່ຈ່າຍເງິນນີ້, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ຫາ: <p style="text-align: center;">_____ ທີ່ ຜູ້ຈັດການສໍາວນ/ແຫ່ງສໍາວນ _____ ເລກໂທ</p> <p>ທ່ານມີສິດທິຕ່າງໆຢູ່ລຸ່ມນີ້:</p> <ol style="list-style-type: none"> ເປັນຜູ້ມີຄົນຕາງໜ້າໃຫ້ (ທ່ານອາດໝາະສິນໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານກົດໝາຍຟຣີ); ຂໍເອົາສໍາເນົາເອກະສານຂອງທ່ານຜ່ອມທັງໝົນຕ່າງໆທີ່ຖືກທິບທວນໄດ້ພະແນກ DDD ເພື່ອທໍາການຕັດສິນນັ້ນ; ເພື່ອຢືນເອກະສານຕ່າງໆເຂົ້າປະກອບເປັນຫລັກຖານ; ໃຫ້ການໃນຕອນຝັງເຮືອງແລະນຳເອົາພະຍານເວັ້ງໄປໃຫ້ການແທນຕົວທ່ານ; ເພື່ອຖານໄຂວ່ພະຍານທີ່ໃຫ້ການແທນຕົວໃຫ້ຂ້ອງການ. <p>ຮ່າງເອກະສານຮ້ອງຂໍການຝັງເຮືອງແມ່ນໄດ້ສອດມາໃຫ້ຜ່ອມນີ້ແລ້ວ.</p> <p style="text-align: center;">ຄໍາຖານຕ່າງໆ</p> <p>ທ້າທ່ານມີຄໍາຖານຕ່າງໆກ່ຽວກັບຄໍາຕັດສິນໜີ ຮະບົບຊຸຫອນເຮືອງນີ້, ກະຮຸນາຕິດຕໍ່ຫາ:</p> <table border="1"> <tr> <td>ຮ່າງ</td> <td>ເລກໂທຮະສັບ</td> <td>ຫ້ອງການປະຈຳເຂດ</td> </tr> </table>			ຮ່າງ	ເລກໂທຮະສັບ	ຫ້ອງການປະຈຳເຂດ
ຮ່າງ	ເລກໂທຮະສັບ	ຫ້ອງການປະຈຳເຂດ			



FOR AGENCY USE ONLY	
<input type="checkbox"/>	Oral request taken by:
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

ສັນຕິພາບ ສະນິທີ່: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

ເລກົດເຟັກສໍ: 360-586-6563

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍອາການຝັງເຮືອງ ເພາະວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຫັນຜ້ອມກັບການບໍລິການຢູ່ລຸ່ມນີ້ທີ່ຄໍາຕັດສິນຂອງໜີໄດ້ພະແນກຝຶການດ້ານການວິວດທະນາການຕ່າງໆ (DDD).

ខ្លួនខាងក្រោម (ការបញ្ជាផ្ទាល់ព័ត៌មាន)	ឈ្មោះ
បំណងដែលបានបង្កើតឡើង	លេខអាជីវកម្ម
មិថុនា	រដ្ឋបាល

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບແຈ້ງຄໍາຕັດສິນໃນນີ້: _____ ໂດຍ: _____
ວັນທີ _____ ຂຶ້ນລະສຖານທີ່ຂອງຫ້ອງການ DSHS

ຂ້າພະເຈົ້າປາກສີບຕໍ່ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຫາກເໝາະສົມ: ເຊິ່ງ ບໍ່ ໂຄງການ: _____

ຂ້າພະເຈົ້າຖືກແທນຕົວໄດຍ (ຖ້າຈະແທນຕົວເອງ, ບໍ່ຕ້ອງຕື່ມສອງແຖວຕໍ່ໄປ):

ខ្លួនដែលមានចំណាំ	ការងារ	សេវាទេស្សរបៀប
ពីរសង្ឃឹម	បើទៅ	តុក

□ ຮັງປະເຈົ້າອະນາໄກໃຫ້ໜ່ວຍເຫັນເຖິງກໍາທຳການເພົ່າເຊື້ອງກວດຮັງປະເຈົ້າໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າກວດຮັງປະເຈົ້າ

ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ ວິໄລທີ

ท่านต้องการนายพำนາชหลักภารกิจที่อยู่เบื้องหลังการดำเนินการดังกล่าวเป็นอย่างไรบ้าง? เอ๊ะ บ๊ะ

ຖ້າ ເຊື່ອ, ແມ່ນພາສາໃດທີ່ກຳນົດຫຼວງຫຼື້ວ່າ ດີເລີ້ນໄດ້? _____